



Skierowanie do Pracowni Diagnostyki Obrazowej UKS

31-155 Kraków, ul. Montelupich 4

tel. 12 424 54 52

PRACOWNIA CZYNNA PN-CZW 7:30-19:30

PT 7:30-18:00

Data:

.....
Jednostka kierująca

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

PROSZĘ O BADANIE RTG*:

*właściwe zaznaczyć X

OKOLICA ZĘBÓW:

- | | | |
|--------------------------|--------|---|
| ☐ | 5-001 | RTG wewnątrzustne cyfrowe na CD |
| ☐ | 5-006 | RTG wewnątrzustne zgryzowe szczęki na CD |
| ☐ | 5-006 | RTG wewnątrzustne zgryzowe żuchwy na CD |
| ☐ | 5-0061 | RTG wewnątrzustne skrzydło-zgryzowe na CD |
| ☐ | 5-0032 | RTG stawów skroniowo-żuchw. czynnościowe na CD |
| ☐ | 5-0092 | RTG cefalometryczne cyfrowe na płycie CD |
| ☐ | 5-0093 | RTG ręki na CD |
| ☐ | 5-011 | RTG pantomograficzne cyfrowe na płycie CD |
| ☐ | 5-201 | CBCT szczęki i żuchwy na CD |
| ☐ | 5-202 | CBCT stawów skroniowo-żuchwowych (czynnościowe) na CD |
| ☐ | 5-203 | CBCT twarzoczaszki ("duży skan") na CD |
| ☐ | 5-207 | MicroCT na CD |
| ☐ | 5-208 | CBCT szczęki (1 łuk) na CD |
| ☐ | 5-209 | CBCT żuchwy (1 łuk) na CD |

.....
pieczętka i podpis lekarza
odbierającego oświadczenie i decydującego o wykonaniu badania

Wstępne rozpoznanie kliniczne:

Cel i uzasadnienie badania:

Oświadczenie o zgodzie na udzielenie świadczenia zdrowotnego: badanie RTG/CBCT

Otrzymałem/am pisemną informację na temat sposobu wykonania oraz ewentualnego ryzyka związanego z wykonaniem badania, z którą zapoznałem się i którą zrozumiałem/am. Oświadczam, że lekarz kierujący dodatkowo przeprowadził ze mną rozmowę, podczas której poinformował mnie wyczerpująco o zleconym badaniu diagnostycznym - sposobie jego wykonania oraz ewentualnym ryzyku. Udzieliłem/am lekarzowi informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Mam świadomość, że promieniowanie rtg może mieć niekorzystny wpływ na organizm ludzki.

Wyrażam zgodę**/nie wyrażam zgody** na wykonanie zleconego badania RTG/CBCT

podpis pacjenta.....

W razie konieczności wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego zamiast pacjenta (pacjenci małoletni lub ubezwłasnowolnieni) dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko: PESEL:

adres i telefon:

data i podpis przedstawiciela ustawowego: